

NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN DE CIERRE PARA RECLAMOS ÚNICAMENTE MÉDICOS PARA EMPLEADORES AUTOASEGURADOS

RECLAMO (CLAIM)	FECHA DE LA LESIÓN (INJURY DATE)	UBI NUMBER	FECHA DE ENVÍO (MAILING DATE)	TIPO MO
-----------------	----------------------------------	------------	-------------------------------	---------

RECLAMANTE (INSERT CLAIMANT'S NAME)

MÉDICO (INSERT PHYSICIAN'S NAME)

ESTA NOTIFICACIÓN LE INFORMA QUE SU RECLAMO SE HA CERRADO CON LOS BENEFICIOS MÉDICOS Y COMPENSACIÓN POR DISCAPACIDAD TEMPORAL PROPORCIONADOS HASTA LA FECHA Y CON UNA INDEMNIZACIÓN POR DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE SI EXISTE, COMO SE EXPLICA ABAJO Y CON LA CONDICIÓN DE QUE USTED HAYA REGRESADO AL TRABAJO CON EL EMPLEADOR AUTOASEGURADO. SI POR CUALQUIER RAZÓN USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES O LA DURACIÓN DE SU REGRESO AL TRABAJO, LOS BENEFICIOS MÉDICOS, LA COMPENSACIÓN OTORGADA POR DISCAPACIDAD TEMPORAL O LA DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE QUE FUE OTORGADA, DEBE PROTESTAR POR ESCRITO AL DEPARTAMENTO DE LABOR E INDUSTRIAS (DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES), SELF INSURANCE SECTION, PO BOX 44892, OLYMPIA WA 98504-4892 DENTRO DE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE RECIBA ESTA NOTIFICACIÓN. SI USTED NO PROTESTA ESTA ORDEN ANTE EL DEPARTAMENTO, ESTA ORDEN SERÁ FINAL.

(CLOSURE DATE, MM DD YYYY)

ESTE RECLAMO DE BENEFICIOS MÉDICOS ESTÁ CERRADO EFECTIVO EL _____
 SIN INDEMNIZACIÓN POR TIEMPO PERDIDO O POR DISCAPACIDAD PARCIAL
 PERMANENTE

(NAME OF SELF-INSURED EMPLOYER)

NO TIENE QUE PAGAR POR SERVICIOS MÉDICOS O TRATAMIENTOS REALIZADOS DESPUÉS DE LA FECHA DE CIERRE.

POR (BY)
PARA (NAME OF SELF-INSURED EMPLOYER)
DIRECCIÓN (ADDRESS)
CIUDAD (CITY)
TELÉFONO (PHONE) ()